

# CUESTIONARIO DE SALUD Y SEGURIDAD. ECOGRAFIA.

## INFORMACIÓN SOBRE LA PRUEBA.

# 1

**¿En qué consiste?** Es una técnica diagnóstica inocua, que utiliza los ultrasonidos para proporcionar imágenes anatómicas. Los ultrasonidos son ondas sonoras de frecuencia superior al rango audible.

**¿Cómo se realiza?** El paciente permanecerá tumbado o sentado, dependiendo de la zona del cuerpo a explorar y del tipo de exploración ecográfica a realizar. La duración de la prueba es variable, en función de la extensión de la zona explorada y de las modalidades de estudio ecográfico.

**¿Qué molestias puede provocar?** Solo las relacionadas con la necesidad de mantener una postura adecuada para realizar el examen, o la necesidad de contener la micción si se requiere explorar la pelvis.

**¿Qué riesgos puede ocasionar?** Al no utilizarse radiaciones ionizantes ni contrastes yodados, la ecografía es una prueba inocua, y que, por tanto, no presenta contraindicaciones a priori. No dude en preguntar todo aquello que no le haya quedado claro.

## PROTECCIÓN DE DATOS.

En cumplimiento de la normativa vigente sobre Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos de que los datos que nos facilite serán tratados por RESONA S.A.U., con la finalidad de gestionar y dar respuesta a su solicitud. En este sentido, le informamos de que la base legal del tratamiento de gestión y respuesta a las solicitudes se basa en el interés legítimo de LA ENTIDAD, así como en el cumplimiento de una obligación legal.

Asimismo, ponemos en su conocimiento que puede acceder, rectificar y suprimir los datos, así como ejercer el resto de derechos reconocidos por la normativa, en los términos que figuran en la información adicional que podrá consultar en la Política de Protección de Datos de RESONA S.A.U., que figura en nuestra página web [www.resona.es](http://www.resona.es)

## PARA LA RECOGIDA DE PRUEBAS

Este centro garantiza la seguridad y la confidencialidad de sus datos de carácter personal y medico sanitarios recogidos durante su estancia. El resultado de las pruebas efectuadas sólo puede ser entregado al paciente o a una persona expresamente autorizada por éste. Para la recogida de las pruebas es imprescindible aportar este documento.

## ECOGRAFIA

### DATOS DE LA RECOGIDA DE PRUEBAS.

Lugar: C/ Españoleto Nº 24 (Entrega).

Horario: De lunes a viernes de **11 a 14 y de 17 a 20 h.**

TLF.- 91 3084088

Consulta de resultados [resona.resultados@resona.es](mailto:resona.resultados@resona.es)

Visite nuestra WEB: [www.resona.es](http://www.resona.es)

# ECOGRAFÍA.

Toda la información que pueda aportarnos será muy útil, para la realización del informe de su prueba. Ante cualquier duda o información adicional, no dude en hacérselo saber a nuestro técnico.



2

## INFORMACIÓN PARA LA PRUEBA.

▪ ¿Por qué le piden la prueba? \_\_\_\_\_

El abajo firmante declara que se ha puesto a su disposición, en el reverso de esta hoja, información escrita sobre prueba que se ha de realizar. Se le ha permitido hacer las preguntas que ha querido y que de todas ellas ha obtenido una respuesta clara, comprensible y adecuada. Ha estado informado suficientemente del tipo de prueba, de sus riesgos potenciales, de los beneficios que puede obtener. Acepta la realización de la prueba a cambio de un posible beneficio en el proceso asistencial que sigue. Reconoce que someterse a esta prueba, es un acto voluntario, y manifiesta saber que puede cambiar de opinión en cualquier momento. También autorizo a RESONA el uso de las imágenes de mis estudios, debidamente anonimizados con fines educativos.

▪ **PACIENTE: D./Dña.** \_\_\_\_\_ **DNI.** \_\_\_\_\_

O REPRESENTANTE LEGAL

Madrid a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Firma del Paciente o Representante Legal:

C.S. ECOGRAFIA Ed. ABR - 2022

## RELLENAR POR EL PERSONAL TECNICO DE RESONA.

Conteste Si o No al siguiente cuestionario

He confirmado el nombre con la paciente.	
He confirmado el estudio que hay que realizar al paciente.	
He confirmado la bilateralidad del estudio con la paciente (escribir derecha o izquierda)	

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

Nombre y Firma del TER:

### Instrucciones para la recogida de la prueba

Si acude el **propio paciente**, deberá presentar su DNI para poder retirar los resultados. Si es **persona distinta del paciente**, deberá ser autorizada por el paciente expresamente. Para ello cumplimentará el documento de autorización que se acompaña y lo firmará.

La persona autorizada a la hora de recoger la prueba presentará la autorización y su DNI junto con una copia del DNI del paciente, y **firmará esta hoja**, señalando la fecha de la entrega. Si el **paciente es menor o incapaz**, sólo se entregarán los resultados a la persona que a la fecha de realizarse las pruebas se consigne como "representante del menor o incapaz" que deberá presentar su DNI para retirarlos.

### DOCUMENTO DE AUTORIZACIÓN.

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_ . AUTORIZO a D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_ a que comparezca en mi nombre y representación ante RESONA para recoger los resultados de las pruebas a las que se refiere este resguardo.

En Madrid a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Firma del paciente \_\_\_\_\_

Firma de la persona que recoge el estudio \_\_\_\_\_